

К. П. ГУКАСЯН

РОДЫ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРЕЙ И ДЕТЕЙ

Вопрос о родоразрешении при крупном плоде—один из недостаточно освещенных вопросов в акушерстве.

Как большинство отечественных и зарубежных авторов, мы считаем крупным плодом плод весом от 4000 до 5000 г, гигантским—5000 г и выше [1—3, 13—16].

Существуют различные точки зрения на вопрос о родах крупным плодом. Одна группа авторов [4, 9, 11, 12] роды крупным плодом считает физиологическими, другая [1, 8, 10]—патологическими, третья [2, 3, 5, 6, 7]—гранью между патологией и физиологией.

В данной работе мы стремились к выяснению следующих вопросов. 1. Этиопатогенетические моменты в развитии крупного плода. 2. Влияние географических условий на развитие крупного плода. 3. Течение беременности, родов и послеродового периода при крупном плоде. 4. Материнский и детский травматизм и смертность при крупном плоде. 5. Отдаленные результаты исследования здоровья женщин, родивших крупный плод. 6. Отдаленные результаты исследования физического и нервно-психического состояния детей, родившихся крупными.

Работа выполнена на основе собственных наблюдений и изучения архивных материалов роддома г. Ленинакана и 2-го клинического роддома г. Еревана.

В указанных роддомах за 1955—1961 гг. было 33568 родов, из них крупным плодом—1485 (4,42%), гигантским—18 (0,05%)..

Было изучено течение беременности, родов, послеродового периода.

Аналогичные исследования производились и у контрольной группы женщин, родивших детей весом 3000—4000 г. (1000 случаев).

Отдаленное состояние здоровья изучено у 540, а из контрольной группы—у 470 женщин. Отдаленное состояние здоровья детей, родившихся с крупным весом, изучено у 480, а из контрольной группы—у 400.

Нервно-психический статус изучали у 180 детей от 0 до 7 лет с крупным весом, у 80—со средним весом.

Физическое развитие изучали в возрасте от 0 до 1 года у 150 детей,

из коих 90 мальчиков, 60 девочек; из контрольных—у 100 (50 девочек, 50 мальчиков).

Роды крупным плодом большей частью бывают затяжными и сухими, аномалии родовых сил наблюдаются чаще, процент оперативных вмешательств высокий (28,87%). Послеродовой и ранний послеродовой периоды при крупном плоде часто протекают с осложнениями. Большой процент составляют гипотонические и атонические кровотечения. Средняя потеря крови почти в 2 раза больше по сравнению с контролем и находится в прямой зависимости от веса плода, последа и материнской поверхности плаценты. Большой процент составляют родовые травмы как у матери, так и у плода.

Определенный интерес представляет антропометрическая характеристика новорожденных. Средний вес крупных плодов—мальчиков составлял 4232,0, девочек—4206,5 г. Средний рост крупных плодов составляет 53,8 см, контрольной группы—50,3 см, гигантских плодов—56 см.

Средняя прямая окружность головки 37,5 см, средняя окружность плечиков 39 см. С увеличением веса плода увеличивается и окружность головки и плечиков. Средняя окружность плечиков на 1,5 см больше окружности головки.

Из 1503 крупных и гигантских плодов 110 родились с асфиксией (7,31%), а из 1000 контрольных—36 (3,6%). У плодов с весом 4000,0—4200,0 асфиксия составляла—6,8%, а при весе 5000,0 и больше—22,2%.

Предполагаемой причиной возникновения асфиксии является слабость родовой деятельности, функционально узкий таз, раннее отхождение вод, токсикозы беременности, патология пуповины, тазовые предлежания, трудное освобождение плечиков и др.

Из 1503 крупных и гигантских плодов у 180 (11,9%) были установлены те или иные родовые травмы, а в контрольной—лишь у 23 (2,3%). Из травм большой процент составляет внутричерепная травма (32,2%).

Случаев перинатальной смертности при родах крупным и гигантским плодом было 40 (2,66%), в контрольной группе—7 (0,7%); антенатальной смертности в изучаемой группе—21 (1,4%), в контрольной—2 (0,2); интранатальной смертности при крупном плоде—9 (0,6%), в контрольной группе—3 (0,3%); постнатальной смертности—10 (0,66%), в контрольной группе—2 (0,02%). Причиной смерти в большинстве случаев является внутричерепная травма и асфиксия.

По нашим наблюдениям, физиологическая потеря в весе наступает на 2—4-й день, в контрольной группе—на 4—5-й день. Средняя потеря в весе при крупном плоде составляет 390,5 г (9,5% веса), в контрольной группе—219,0 г (6,48% веса). Это обстоятельство можно объяснить тем, что крупные новорожденные, благодаря большой поверхности кожи и легких, теряют много жидкости; оперативные вмешательства и травмы также способствуют большой потере веса. Кроме того, большой процент травм у женщин отрицательно влияет на образование молока, т. е. ухудшается питание новорожденного. Крупные новорожденные по сравнению с контролем позже восстанавливают свой первоначальный вес. Пупови-

на у них отпадает и высыхает поздно, что объясняется ее толщиной и богатством вартоневых студий. Физическое развитие у детей, родившихся с крупным весом, отстает от физического развития детей со средним весом контрольной группы. Прорезывание зубов у детей с крупным весом происходит в более поздние сроки (от 6 мес. до 2 лет 6 мес.), тогда как в контрольной группе—от 5 до 11 мес. Дети с крупным весом ходить начали с 8 мес. до 4 лет, контрольные—с 8 мес. до 1 года и 8 мес., говорить—с 9 мес. до 4 лет, тогда как в контрольной группе—с 8 мес. до 1 года 8 мес.

Число детей, болевших рахитом, составляет 70 (17,5%), в контрольной группе—из 400 всего 16 детей (4%). Гипотрофия наблюдалась у 44 (11%), в контрольной группе—у 25 (6,25%).

Из 480 детей, родившихся с крупным весом, умерло от 0 до 7 лет 30 (6,3%), из контрольных детей умерло 16 (4%).

Нервно-психический статус изучен у 80 контрольных и 180 детей, родившихся с крупным весом при родах с различными осложнениями. У 49 родившихся с крупным весом в возрасте от 0 до 7 лет выявлена та или иная нервно-психическая патология, в то время как в контрольной—лишь у 4 детей.

При анализе данных выяснилось, что из 49 детей у 42 отмечалась какая-нибудь патология при родах (табл. 1).

Таблица 1

Вид патологии	Дети, родившиеся с крупным весом		Дети, родившиеся со средним весом	
	число	%	число	%
1. Периферический паралич лицевого нерва	2	1,1	—	—
2. Травматический парез глазодвигательного нерва	2	1,1	1	1,25
3. Травматический парез глазодвигательного нерва	1	0,55	—	—
4. Частичное поражение тройничного нерва	1	0,55	—	—
5. Левосторонний плексит плечевого сплетения	1	0,55	—	—
6. Поражение подъязычного и языкоглоточного нерва	1	0,55	—	—
7. Хорея	2	1,1	1	1,25
8. Менингоэнцефалит	2	1,1	—	—
9. Остаточные явления травматического поражения ЦНС	6	3,33	1	1,25
10. Атетоз	2	1,1	—	—
11. Микроцефалия	2	1,1	—	—
12. Гидроцефалия	2	1,1	—	—
13. Эпилепсия	8	4,4	1	1,25
14. Олигофрения	8	4,4	—	—
15. Логоневроз	8	4,4	—	—
16. Детский невроз	1	0,5	—	—

Из 180 детей изучаемой группы исследование глазного дна производилось у 156, из них у 18 выявлены изменения глазного дна, у 12 детей выявлена гиперемия сетчатки, а у 6 накопление пигментации на сетчатке.

Из 80 контрольных детей, родившихся со средним весом, глазное дно исследовано только у 45, из них явление начинающейся гиперемии сетчатки выявлено только у одного ребенка.

Произведенная краниография в двух проекциях у 50 детей, родившихся с крупным весом, выявила у 6 изменения со стороны костей черепа, у 3—усиление сосудистого рисунка, у 2—усиление пальцевых вдавлений и у 1 ребенка левостороннюю асимметрию теменной области с выраженным фенопарietальным синусом.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Изучение течения беременности, родов, послеродового периода у женщин, родивших крупные плоды, наблюдение за ними и детьми в течение 7 лет дает нам право считать, что крупный плод действительно может являться гранью между физиологией и патологией, на что указывают другие авторы.

2. Извлечение плода за ножку, за тазовый конец, акушерский поворот, акушерские шипцы, особенно полостные, при крупном плоде приводят к неблагоприятному исходу как для матери, так и для плода.

3. Своевременная рациональная стимуляция родовой деятельности при слабости родовых сил у женщин с крупным плодом способствует благоприятному исходу родов.

4. При наличии поперечного и косого положения крупного плода, патологического вставления головки, асинклитизма, клинически узкого таза, тазового и ножного предлежания у немолодых первородящих, особенно при ригидности шейки, перенесенной беременности, слабости родовой деятельности и при гигантском плоде необходимо прибегнуть к кесареву сечению.

5. Своевременное и правильное проведение антенатальной профилактики в женской консультации (своевременное выявление заболеваемости беременных женщин и лечение, выявление патологии беременности и их госпитализация), соблюдение беременной женщиной гигиены, режима питания и занятий физкультурой, профилактическая витаминизация помогут снижению осложнений родов при крупном плоде.

6. При исследовании здоровья детей, родившихся с большим весом, в возрасте от 0 до 7 лет установлено, что в большинстве случаев они отстают в физическом развитии, чаще болеют; исследование нервно-психического статуса, глазного дна, краниография обнаружили органические и функциональные поражения центральной нервной системы. Из нервно-психических заболеваний заслуживают внимания эпилепсия, олигофрения, логоневроз, которые можно объяснить как результат родовой травмы.

7. Крупные и гигантские плоды должны находиться на диспансерном наблюдении у педиатра, невропатолога с ежегодным всесторонним углубленным профилактическим осмотром.

Кафедра акушерства и гинекологии
Ереванского медицинского института,
роддом г. Ленинакана

Поступило 16/IV 1970 г.

4. Պ. ՂԱՌԿԱՍՅԱՆ

ՄԵՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԽՈՇՈՐ ՊՏՈՒՂՆԵՐԻ ԴԵՊՈԶԻՏ
ԵՎ ՄԱՅՐԵՐԻ ՈՒ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԻ
ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ ՀԵՌԱՎՈՐ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ա մ փ ա փ ու մ

Հայրենական և արտասահմանյան հեղինակների մեծ մասը, ինչպես և մենք, խոշոր պտուղ ենք համարում պտղի այն քաշը, որը ծնվելուց հետո տատանվում է 4000,0—5000,0 գր միջև, իսկ հսկա պտուղ՝ 5000,0 գր և ավելի քաշը: Խոշոր պտուղը համարվում է ֆիզիոլոգիայի և պաթոլոգիայի սահմանը:

Ուսումնասիրելով հանրապետության երկու քաղաքների՝ Երևանի № 2 կլինիկական ծննդատան և Լենինականի քաղաքային ծննդատան խոշոր պտուղներով ծննդաբերությունների 1955—1961 թթ. դեպքերը, պարզվեց, որ խոշոր պտղի դեպքում մեծ տոկոս են կազմում հղիության առաջին կեսի տոքսիկոզները, ծննդաբերությունը ընթանում է ձգձգված և չոր տիպի, իր մեխանիզմով հիշեցնում է ծննդաբերությունը անատոմիական նեղ կոնքի դեպքում, շատ են օպերատիվ միջամտությունները:

Բարձր տոկոս է կազմում ծննդաբերական տրավմատիզմը մայրերի և պտուղների մոտ, ինչպես և մեռելածնությունը և պերինատալ մահացությունը:

Երեխաների հեռավոր ուսումնասիրություններից պարզվում է, որ խոշոր քաշով ծնվածները մի շարք առանձնահատկություններով տարբերվում են միջին քաշով ծնվածներից՝ պորտը ուշ է չորանում և ուշ ընկնում, քաշի նախնական կորուստը մեծ է և ուշ է վերականգնվում, ֆիզիկական աճով հո են մնում միջին քաշով ծնվածներից, ատամներ ուշ են հանում, ուշ քայլում, մեծ է հիվանդացությունը:

Ներվահոգեկան վիճակի ուսումնասիրությունից պարզվում է, որ խոշոր քաշով ծնված երեխաների մոտ, միջին քաշով ծնվածների համեմատությամբ, բարձր տոկոս են կազմում կենտրոնական ներվային սխտեմի ախտահարման մահացորդային երևույթները, որը հետևանք է ծննդաբերական տրավմատիզմի:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бартельс А. В. Гинекология и акушерство, 1924, 4, стр. 362.
2. Ващилко С. Л. Советская медицина, 1963, 4, стр. 117.
3. Ващилко С. Л. Вопросы охраны материнства и детства, 1963, 3, стр. 61.
4. Гинзбург М. М. Сборник, посвященный 175-летию родильного дома им. проф. Снегирева. Л., 1949, стр. 211.
5. Гукасян К. П. Диссертация канд. Ереван, 1966.
6. Жордания И. Ф. Учебник акушерства. М., 1964.
7. Иловайская К. С. Автореферат канд. дисс. Саратов, 1955.
8. Лепилина М. М. Диссертация канд. Л., 1949.
9. Сидельковская Э. И. Акушерство и женские болезни, 1928, 39, 3, стр. 364.
10. Скробанский К. К. Учебник акушерства. Л., 1946.
11. Федотова В. А. Автореферат канд. дисс. Саратов, 1949.
12. Фейгель И. И. Тезисы докладов IX научной сессии Ин-та акушерства и гинекологии АМН СССР. Л., 1957, стр. 138.